

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N^o

421

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Mirza Djavad ASHTIANY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Téhéran (Perse), le 7 octobre 1897

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PROSTATITES CHRONIQUES

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Mirza Djavad ASHTIANY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Téhéran (Perse), le 7 octobre 1897

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PROSTATITES CHRONIQUES

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFÈNEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.	LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
AUBERTIN Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
BRULÉ Pathologie médicale.	LIAN Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.	MONDOR Pathologie chirurgicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	MOREAU Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale	MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
CHABROL Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.	OBERLING Anatomie pathologique.
CHAVALLIER .. Pathologie médicale.	OLIVIER Anatomie.
DOGNON Physique.	PIEDELIEVRE . Médecine légale.
DONZELOT Pathologie médicale.	PORTES Obstétrique.
ÉCALLE Obstétrique.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
FEY Urologie.	RICHET Fils Physiologie.
GASTINEL Bactériologie.	SANNIE Chimie biologique.
GATELLIER Pathologie chirurgicale.	SÉZARY Dermatologie et syphili-
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie	graphie.
chirurgicale.	TROISIER Pathologie expérimentale
GIROUD Histologie.	et comparée.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.	VALLERY-RADOT
HARVIER Pathologie médicale.	(Pasteur) Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.	VAUDESCAL Obstétrique.
HUGUENIN Anatomie pathologique.	VELTER Ophtalmologie.
HUTINEL Pathologie médicale.	VIGNES Obstétrique.
JOANNON Hygiène.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
LEQUEUX Obstétrique.	RETTERER Histologie.
LEROUX Anatomie pathologique.	ZIMMERN Physique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N.....	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ...		Education physique.
WDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

to the Chamber

NAME	RESIDENCE
ALFRED J. BROWN	123 Main St.
JOHN D. WHITE	456 Elm St.
WILLIAM H. GREEN	789 Oak St.
CHARLES E. BLACK	101 Pine St.
HENRY L. GRAY	234 Cedar St.
THOMAS M. KING	567 Birch St.
EDWARD N. HILL	890 Spruce St.
FRANK P. WALKER	123 Maple St.
GEORGE R. YOUNG	456 Willow St.
ROBERT S. EVANS	789 Ash St.
JOHN T. COLLINS	101 Hickory St.
WILLIAM F. STEWART	234 Chestnut St.
CHARLES G. RICHARDS	567 Walnut St.
HENRY J. COOPER	890 Elm St.
THOMAS A. PERKINS	123 Oak St.
EDWARD B. ROBERTS	456 Pine St.
FRANK C. TURNER	789 Cedar St.
GEORGE D. PHILLIPS	101 Birch St.
ROBERT E. CRANE	234 Spruce St.
JOHN F. HENDRICKS	567 Maple St.
WILLIAM G. COLEMAN	890 Willow St.
CHARLES H. RILEY	123 Ash St.
HENRY I. BARNES	456 Hickory St.
THOMAS J. FERGUSON	789 Chestnut St.
EDWARD K. STEVENSON	101 Walnut St.
FRANK L. HARRIS	234 Elm St.
GEORGE M. WATSON	567 Oak St.
ROBERT N. BRADY	890 Pine St.
JOHN O. KELLY	123 Cedar St.
WILLIAM P. RYAN	456 Birch St.
CHARLES Q. BAKER	789 Spruce St.
HENRY R. GORDON	101 Maple St.
THOMAS S. WOOD	234 Willow St.
EDWARD T. COOPER	567 Ash St.
FRANK U. PERKINS	890 Hickory St.
GEORGE V. ROBERTS	123 Chestnut St.
ROBERT W. TURNER	456 Walnut St.
JOHN X. PHILLIPS	789 Elm St.
WILLIAM Y. CRANE	101 Oak St.
CHARLES Z. HENDRICKS	234 Pine St.
HENRY AA. STEVENSON	567 Cedar St.
THOMAS BB. HARRIS	890 Birch St.
EDWARD CC. WATSON	123 Spruce St.
FRANK DD. BRADY	456 Maple St.
JOHN EE. KELLY	789 Willow St.
WILLIAM FF. RYAN	101 Ash St.
CHARLES GG. BAKER	234 Hickory St.
HENRY HH. GORDON	567 Chestnut St.
THOMAS II. FERGUSON	890 Walnut St.
EDWARD JJ. STEVENSON	123 Elm St.
FRANK KK. HARRIS	456 Oak St.
GEORGE LL. WATSON	789 Pine St.
ROBERT MM. BRADY	101 Cedar St.
JOHN NN. KELLY	234 Birch St.
WILLIAM OO. RYAN	567 Spruce St.
CHARLES PP. BAKER	890 Maple St.
HENRY QQ. GORDON	123 Willow St.
THOMAS RR. FERGUSON	456 Ash St.
EDWARD SS. STEVENSON	789 Hickory St.
FRANK TT. ROBERTS	101 Chestnut St.
GEORGE UU. TURNER	234 Walnut St.
ROBERT VV. PHILLIPS	567 Elm St.
JOHN WW. CRANE	890 Oak St.
WILLIAM XX. HENDRICKS	123 Pine St.
CHARLES YY. RILEY	456 Cedar St.
HENRY ZZ. BARNES	789 Birch St.
THOMAS AAA. FERGUSON	101 Spruce St.
EDWARD BBB. STEVENSON	234 Maple St.
FRANK CCC. HARRIS	567 Willow St.
GEORGE DDD. WATSON	890 Ash St.
ROBERT EEE. BRADY	123 Hickory St.
JOHN FFF. KELLY	456 Chestnut St.
WILLIAM GGG. RYAN	789 Walnut St.
CHARLES HHH. BAKER	101 Elm St.
HENRY III. GORDON	234 Oak St.
THOMAS JJJ. FERGUSON	567 Pine St.
EDWARD KKK. STEVENSON	890 Cedar St.
FRANK LLL. HARRIS	123 Birch St.
GEORGE MLL. WATSON	456 Spruce St.
ROBERT NNN. BRADY	789 Maple St.
JOHN OOO. KELLY	101 Willow St.
WILLIAM PPP. RYAN	234 Ash St.
CHARLES QQQ. BAKER	567 Hickory St.
HENRY RRR. GORDON	890 Chestnut St.
THOMAS SSS. FERGUSON	123 Walnut St.
EDWARD TTT. STEVENSON	456 Elm St.
FRANK UUU. HARRIS	789 Oak St.
GEORGE VVV. WATSON	101 Pine St.
ROBERT WWW. BRADY	234 Cedar St.
JOHN XXX. KELLY	567 Birch St.
WILLIAM YYY. RYAN	890 Spruce St.
CHARLES ZZZ. BAKER	123 Maple St.
HENRY AAAA. GORDON	456 Willow St.
THOMAS BBBB. FERGUSON	789 Ash St.
EDWARD CCCC. STEVENSON	101 Hickory St.
FRANK DDDD. ROBERTS	234 Chestnut St.
GEORGE EEEE. TURNER	567 Walnut St.
ROBERT FFFF. PHILLIPS	890 Elm St.
JOHN GGGG. CRANE	123 Oak St.
WILLIAM HHHH. HENDRICKS	456 Pine St.
CHARLES IIII. RILEY	789 Cedar St.
HENRY JJJJ. BARNES	101 Birch St.
THOMAS KKKK. FERGUSON	234 Spruce St.
EDWARD LLLL. STEVENSON	567 Maple St.
FRANK MMM. HARRIS	890 Willow St.
GEORGE NNN. WATSON	123 Ash St.
ROBERT OOO. BRADY	456 Hickory St.
JOHN PPP. KELLY	789 Chestnut St.
WILLIAM QQQ. RYAN	101 Walnut St.
CHARLES RRR. BAKER	234 Elm St.
HENRY SSS. GORDON	567 Oak St.
THOMAS TTT. FERGUSON	890 Pine St.
EDWARD UUU. STEVENSON	123 Cedar St.
FRANK VVV. HARRIS	456 Birch St.
GEORGE WWW. WATSON	789 Spruce St.
ROBERT XXX. BRADY	101 Maple St.
JOHN YYY. KELLY	234 Willow St.
WILLIAM ZZZ. RYAN	567 Ash St.
CHARLES AAA. BAKER	890 Hickory St.
HENRY BBB. GORDON	123 Chestnut St.
THOMAS CCC. FERGUSON	456 Walnut St.
EDWARD DDD. STEVENSON	789 Elm St.
FRANK EEE. HARRIS	101 Oak St.
GEORGE FFF. WATSON	234 Pine St.
ROBERT GGG. BRADY	567 Cedar St.
JOHN HHH. KELLY	890 Birch St.
WILLIAM III. RYAN	123 Spruce St.
CHARLES LLL. BAKER	456 Maple St.
HENRY MLL. GORDON	789 Willow St.
THOMAS NNN. FERGUSON	101 Ash St.
EDWARD OOO. STEVENSON	234 Hickory St.
FRANK PPP. ROBERTS	567 Chestnut St.
GEORGE QQQ. TURNER	890 Walnut St.
ROBERT RRR. PHILLIPS	123 Elm St.
JOHN SSS. CRANE	456 Oak St.
WILLIAM TTT. HENDRICKS	789 Pine St.
CHARLES UUU. RILEY	101 Cedar St.
HENRY VVV. BARNES	234 Birch St.
THOMAS WWW. FERGUSON	567 Spruce St.
EDWARD XXX. STEVENSON	890 Maple St.
FRANK YYY. HARRIS	123 Willow St.
GEORGE ZZZ. WATSON	456 Ash St.
ROBERT AAAA. BRADY	789 Hickory St.
JOHN BBBB. KELLY	101 Chestnut St.
WILLIAM CCCC. RYAN	234 Walnut St.
CHARLES DDDD. BAKER	567 Elm St.
HENRY EEEE. GORDON	890 Oak St.
THOMAS FFFF. FERGUSON	123 Pine St.
EDWARD GGGG. STEVENSON	456 Cedar St.
FRANK HHHH. HARRIS	789 Birch St.
GEORGE IIII. WATSON	101 Spruce St.
ROBERT JJJJ. BRADY	234 Maple St.
JOHN KKKK. KELLY	567 Willow St.
WILLIAM LLLL. RYAN	890 Ash St.
CHARLES MMM. BAKER	123 Hickory St.
HENRY NNN. GORDON	456 Chestnut St.
THOMAS OOO. FERGUSON	789 Walnut St.
EDWARD PPP. STEVENSON	101 Elm St.
FRANK QQQ. HARRIS	234 Oak St.
GEORGE RRR. WATSON	567 Pine St.
ROBERT SSS. BRADY	890 Cedar St.
JOHN TTT. KELLY	123 Birch St.
WILLIAM UUU. RYAN	456 Spruce St.
CHARLES VVV. BAKER	789 Maple St.
HENRY WWW. GORDON	101 Willow St.
THOMAS XXXX. FERGUSON	234 Ash St.
EDWARD YYY. STEVENSON	567 Hickory St.
FRANK ZZZ. ROBERTS	890 Chestnut St.
GEORGE AAAA. TURNER	123 Walnut St.
ROBERT BBBB. PHILLIPS	456 Elm St.
JOHN CCCC. CRANE	789 Oak St.
WILLIAM DDDD. HENDRICKS	101 Pine St.
CHARLES EEEE. RILEY	234 Cedar St.
HENRY FFFF. BARNES	567 Birch St.
THOMAS GGGG. FERGUSON	890 Spruce St.
EDWARD HHHH. STEVENSON	123 Maple St.
FRANK IIII. HARRIS	456 Willow St.
GEORGE JJJJ. WATSON	789 Ash St.
ROBERT KKKK. BRADY	101 Hickory St.
JOHN LLLL. KELLY	234 Chestnut St.
WILLIAM MMM. RYAN	567 Walnut St.
CHARLES NNN. BAKER	890 Elm St.
HENRY OOO. GORDON	123 Oak St.
THOMAS PPP. FERGUSON	456 Pine St.
EDWARD QQQ. STEVENSON	789 Cedar St.
FRANK RRR. HARRIS	101 Birch St.
GEORGE SSS. WATSON	234 Spruce St.
ROBERT TTT. BRADY	567 Maple St.
JOHN UUU. KELLY	890 Willow St.
WILLIAM VVV. RYAN	123 Ash St.
CHARLES WWW. BAKER	456 Hickory St.
HENRY XXXX. GORDON	789 Chestnut St.
THOMAS YYY. FERGUSON	101 Walnut St.
EDWARD ZZZ. STEVENSON	234 Elm St.
FRANK AAAA. HARRIS	567 Oak St.
GEORGE BBBB. WATSON	890 Pine St.
ROBERT CCCC. BRADY	123 Cedar St.
JOHN DDDD. KELLY	456 Birch St.
WILLIAM EEEE. RYAN	789 Spruce St.
CHARLES FFFF. BAKER	101 Maple St.
HENRY GGGG. GORDON	234 Willow St.
THOMAS HHHH. FERGUSON	567 Ash St.
EDWARD IIII. STEVENSON	890 Hickory St.
FRANK JJJJ. ROBERTS	123 Chestnut St.
GEORGE KKKK. TURNER	456 Walnut St.
ROBERT LLLL. PHILLIPS	789 Elm St.
JOHN MMM. CRANE	101 Oak St.
WILLIAM NNN. HENDRICKS	234 Pine St.
CHARLES OOO. RILEY	567 Cedar St.
HENRY PPP. BARNES	890 Birch St.
THOMAS QQQ. FERGUSON	123 Spruce St.
EDWARD RRR. STEVENSON	456 Maple St.
FRANK SSS. HARRIS	789 Willow St.
GEORGE TTT. WATSON	101 Ash St.
ROBERT UUU. BRADY	234 Hickory St.
JOHN VVV. KELLY	567 Chestnut St.
WILLIAM WWW. RYAN	890 Walnut St.
CHARLES XXX. BAKER	123 Elm St.
HENRY YYY. GORDON	456 Oak St.
THOMAS ZZZ. FERGUSON	789 Pine St.
EDWARD AAAA. STEVENSON	101 Cedar St.
FRANK BBBB. HARRIS	234 Birch St.
GEORGE CCCC. WATSON	567 Spruce St.
ROBERT DDDD. BRADY	890 Maple St.
JOHN EEEE. KELLY	123 Willow St.
WILLIAM FFFF. RYAN	456 Ash St.
CHARLES GGGG. BAKER	789 Hickory St.
HENRY HHHH. GORDON	101 Chestnut St.
THOMAS IIII. FERGUSON	234 Walnut St.
EDWARD JJJJ. STEVENSON	567 Elm St.
FRANK KKKK. HARRIS	890 Oak St.
GEORGE LLLL. WATSON	123 Pine St.
ROBERT MMM. BRADY	456 Cedar St.
JOHN NNN. KELLY	789 Birch St.
WILLIAM OOO. RYAN	101 Spruce St.
CHARLES PPP. BAKER	234 Maple St.
HENRY QQQQ. GORDON	567 Willow St.
THOMAS RRR. FERGUSON	890 Ash St.
EDWARD SSS. STEVENSON	123 Hickory St.
FRANK TTTT. ROBERTS	456 Chestnut St.
GEORGE UUUU. TURNER	789 Walnut St.
ROBERT VVVV. PHILLIPS	101 Elm St.
JOHN WWWW. CRANE	234 Oak St.
WILLIAM XXXX. HENDRICKS	567 Pine St.
CHARLES YYY. RILEY	890 Cedar St.
HENRY ZZZZ. BARNES	123 Birch St.
THOMAS AAAA. FERGUSON	456 Spruce St.
EDWARD BBBB. STEVENSON	789 Maple St.
FRANK CCCC. HARRIS	101 Willow St.
GEORGE DDDD. WATSON	234 Ash St.
ROBERT EEEE. BRADY	567 Hickory St.
JOHN FFFF. KELLY	890 Chestnut St.
WILLIAM GGGG. RYAN	123 Walnut St.
CHARLES HHHH. BAKER	456 Elm St.
HENRY IIII. GORDON	789 Oak St.
THOMAS JJJJ. FERGUSON	101 Pine St.
EDWARD KKKK. STEVENSON	234 Cedar St.
FRANK LLLL. HARRIS	567 Birch St.
GEORGE MMM. WATSON	890 Spruce St.
ROBERT NNN. BRADY	123 Maple St.
JOHN OOOO. KELLY	456 Willow St.
WILLIAM PPP. RYAN	789 Ash St.
CHARLES QQQQ. BAKER	101 Hickory St.
HENRY RRRR. GORDON	234 Chestnut St.
THOMAS SSSS. FERGUSON	567 Walnut St.
EDWARD TTTT. STEVENSON	890 Elm St.
FRANK UUUU. HARRIS	123 Oak St.
GEORGE VVVV. WATSON	456 Pine St.
ROBERT WWWW. BRADY	789 Cedar St.
JOHN XXXX. KELLY	101 Birch St.
WILLIAM YYY. RYAN	234 Spruce St.
CHARLES ZZZZ. BAKER	567 Maple St.
HENRY AAAA. GORDON	890 Willow St.
THOMAS BBBB. FERGUSON	123 Ash St.
EDWARD CCCC. STEVENSON	456 Hickory St.
FRANK DDDD. ROBERTS	789 Chestnut St.
GEORGE EEEE. TURNER	101 Walnut St.
ROBERT FFFF. PHILLIPS	234 Elm St.
JOHN GGGG. CRANE	567 Oak St.
WILLIAM HHHH. HENDRICKS	890 Pine St.
CHARLES IIII. RILEY	123 Cedar St.
HENRY JJJJ. BARNES	456 Birch St.
THOMAS KKKK. FERGUSON	789 Spruce St.
EDWARD LLLL. STEVENSON	101 Maple St.
FRANK MMMM. HARRIS	234 Willow St.
GEORGE NNNN. WATSON	567 Ash St.
ROBERT OOOO. BRADY	890 Hickory St.
JOHN PPPP. KELLY	123 Chestnut St.
WILLIAM QQQQ. RYAN	456 Walnut St.
CHARLES RRRR. BAKER	789 Elm St.
HENRY SSSS. GORDON	101 Oak St.
THOMAS TTTT. FERGUSON	234 Pine St.
EDWARD UUUU. STEVENSON	567 Cedar St.
FRANK VVVV. HARRIS	890 Birch St.
GEORGE WWWW. WATSON	123 Spruce St.
ROBERT XXXX. BRADY	456 Maple St.
JOHN YYY. KELLY	789 Willow St.
WILLIAM ZZZZ. RYAN	101 Ash St.
CHARLES AAAA. BAKER	234 Hickory St.
HENRY BBBB. GORDON	567 Chestnut St.
THOMAS CCCC. FERGUSON	890 Walnut St.
EDWARD DDDD. STEVENSON	123 Elm St.
FRANK EEEE. HARRIS	456 Oak St.
GEORGE FFFF. WATSON	789 Pine St.
ROBERT GGGG. BRADY	101 Cedar St.
JOHN HHHH. KELLY	234 Birch St.
WILLIAM IIII. RYAN	567 Spruce St.
CHARLES JJJJ. BAKER	890 Maple St.
HENRY KKKK. GORDON	123 Willow St.
THOMAS LLLL. FERGUSON	456 Ash St.
EDWARD MMMM. STEVENSON	789 Hickory St.
FRANK NNNN. ROBERTS	101 Chestnut St.
GEORGE OOOO. TURNER	234 Walnut St.
ROBERT PPPP. PHILLIPS	567 Elm St.
JOHN QQQQ. CRANE	890 Oak St.
WILLIAM RRRR. HENDRICKS	123 Pine St.
CHARLES SSSS. RILEY	456 Cedar St.
HENRY TTTT. BARNES	789 Birch St.
THOMAS UUUU. FERGUSON	101 Spruce St.
EDWARD VVVV. STEVENSON	234 Maple St.
FRANK WWWW. HARRIS	567 Willow St.
GEORGE XXXX. WATSON	890 Ash St.
ROBERT YYY. BRADY	123 Hickory St.
JOHN ZZZZ. KELLY	456 Chestnut St.
WILLIAM AAAA. RYAN	789 Walnut St.
CHARLES BBBB. BAKER	101 Elm St.
HENRY CCCC. GORDON	234 Oak St.
THOMAS DDDD. FERGUSON	567 Pine St.
EDWARD EEEE. STEVENSON	890 Cedar St.
FRANK FFFF. HARRIS	123 Birch St.
GEORGE GGGG. WATSON	456 Spruce St.
ROBERT HHHH. BRADY	789 Maple St.
JOHN IIII. KELLY	101 Willow St.
WILLIAM JJJJ. RYAN	234 Ash St.
CHARLES KKKK. BAKER	567 Hickory St.
HENRY LLLL. GORDON	890 Chestnut St.
THOMAS MMM. FERGUSON	123 Walnut St.
EDWARD NNN. STEVENSON	456 Elm St.
FRANK OOO. HARRIS	789 Oak St.
GEORGE PPP. WATSON	101 Pine St.
ROBERT QQQ. BRADY	234 Cedar St.
JOHN RRR. KELLY	567 Birch St.
WILLIAM SSS. RYAN	890 Spruce St.
CHARLES TTT. BAKER	123 Maple St.
HENRY UUU. GORDON	456 Willow St.
THOMAS VVV. FERGUSON	789 Ash St.
EDWARD WWW. STEVENSON	101 Hickory St.
FRANK XXX. ROBERTS	234 Chestnut St.
GEORGE YYY. TURNER	567 Walnut St.
ROBERT ZZZ. PHILLIPS	890 Elm St.
JOHN AAA. CRANE	123 Oak St.
WILLIAM BBB. HENDRICKS	456 Pine St.
CHARLES C. RILEY	789 Cedar St.
HENRY D. BARNES	101 Birch St.
THOMAS E. FERGUSON	234 Spruce St.
EDWARD F. STEVENSON	567 Maple St.
FRANK G. HARRIS	890 Willow St.
GEORGE H. WATSON	123 Ash St.
ROBERT I. BRADY	456 Hickory St.
JOHN J. KELLY	789 Chestnut St.
WILLIAM K. RYAN	101 Walnut St.
CHARLES L. BAKER	234 Elm St.
HENRY M. GORDON	567 Oak St.
THOMAS N. FERGUSON	890 Pine St.
EDWARD O. STEVENSON	123 Cedar St.
FRANK P. HARRIS	456 Birch St.
GEORGE Q. WATSON	789 Spruce St.
ROBERT R. BRADY	101 Maple St.
JOHN S. KELLY	234 Willow St.
WILLIAM T. RYAN	567 Ash St.
CHARLES U. BAKER	890 Hickory St.
HENRY V. GORDON	123 Chestnut St.
THOMAS W. FERGUSON	456 Walnut St.
EDWARD X. STEVENSON	789 Elm St.
FRANK Y. HARRIS	101 Oak St.
GEORGE Z. WATSON	234 Pine St.
ROBERT AA. BRADY	567 Cedar St.
JOHN BB. KELLY	890 Birch St.
WILLIAM CC. RYAN	123 Spruce St.
CHARLES DD. BAKER	456 Maple St.
HENRY EE. GORDON	789 Willow St.
THOMAS FF. FERGUSON	101 Ash St.
EDWARD GG. STEVENSON	234 Hickory St.
FRANK HH. ROBERTS	567 Chestnut St.
GEORGE II. TURNER	890 Walnut St.
ROBERT JJ. PHILLIPS	123 Elm St.
JOHN KK. CRANE	456 Oak St.
WILLIAM LL. HENDRICKS	789 Pine St.
CHARLES MM. RILEY	101 Cedar St.
HENRY NN. BARNES	234 Birch St.
THOMAS OO. FERGUSON	567 Spruce St.
EDWARD PP. STEVENSON	890 Maple St.
FRANK QQ. HARRIS	123 Willow St.
GEORGE RR. WATSON	456 Ash St.
ROBERT SS. BRADY	789 Hickory St.
JOHN TT. KELLY	101 Chestnut St.
WILLIAM UU. RYAN	234 Walnut St.
CHARLES VV. BAKER	567 Elm St.
HENRY WW. GORDON	890 Oak St.
THOMAS XX. FERGUSON	123 Pine St.
EDWARD YY. STEVENSON	456 Cedar St.
FRANK ZZ. HARRIS	789 Birch St.
GEORGE AAA. WATSON	101 Spruce St.
ROBERT BBB. BRADY	234 Maple St.
JOHN CCC. KELLY	567 Willow St.
WILLIAM DDD. RYAN	890 Ash St.
CHARLES EEE. BAKER	123 Hickory St.
HENRY FFFF. GORDON	456 Chestnut St.
THOMAS GGGG. FERGUSON	789 Walnut St.
EDWARD HHHH. STEVENSON	101 Elm St.
FRANK IIII. HARRIS	234 Oak St.
GEORGE JJJJ. WATSON	567 Pine St.
ROBERT KKKK. BRADY	890 Cedar St.
JOHN LLLL. KELLY	123 Birch St.
WILLIAM MMM. RYAN	456 Spruce St.
CHARLES NNN. BAKER	789 Maple St.
HENRY OOOO. GORDON	101 Willow St.
THOMAS PPP. FERGUSON	234 Ash St.
EDWARD	

A M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de la clinique Urologique
Membre de l'académie de médecine

AVANT-PROPOS

Dans ce travail qui marque le terme de nos études médicales en France, nous nous proposons d'apporter quelques notions nouvelles à l'étude des prostatites chroniques et notamment de certaines de leurs formes cliniques dont le diagnostic et le traitement ne peuvent se faire que par l'endoscopie urétrale.

Bien que l'étude de la prostatite chronique soit relativement récente, elle constitue aujourd'hui, par sa fréquence et par sa symptomatologie, une affection banale en pathologie urinaire.

On sait, en effet, combien l'infection prostatique est fréquente au cours des urétrites chroniques. Pour la plupart même des auteurs, la glande participerait de telle façon aux inflammations de l'urètre que l'on ne pourrait séparer l'étude des urétrites de celle des prostatites.

La symptomatologie habituelle de cette affection est bien connue et d'excellents thèses et articles en ont donné des descriptions aujourd'hui classiques.

Mais, quand on parle de la prostatite chronique

on a tout de suite à l'esprit un tableau très schématique où rentrent des troubles fonctionnels très variés, un écoulement urétral persistant, des filaments urinaires caractéristiques, des signes physiques que révèle le toucher rectal, en un mot tout un ensemble de symptômes bien classés qui, joints à la décharge du liquide prostatorrhéique provoqué par l'expression de la glande, rendraient dans tous les cas le diagnostic évident.

En réalité, il n'en est pas toujours ainsi: la prostatite chronique peut se développer insidieusement, masquée dans nombre de cas par les signes évolutifs de l'urétrite antécédente.

Parfois même, nous verrons qu'elle se traduira par des signes fonctionnels d'ordre très particulier; son diagnostic peut alors présenter certaines difficultés lorsqu'on voudra la différencier nettement d'autres syndromes urinaires liés, par exemple, à l'évolution de l'adénome prostatique ou d'un cancer de la glande. A vrai dire, ces difficultés ne se sont pas posées qu'aujourd'hui, et souvent on a discuté sur les rapports étiologiques qui lieraient, à tort ou à raison, l'infection chronique à l'adénome ou au cancer.

En réalité, comme nous le verrons plus loin, il s'agit le plus souvent de deux affections bien différentes et qu'il est toujours possible de séparer l'une de l'autre par la clinique.

Un procédé d'exploration, qui n'existait pas il y a quelques années, doit être utilisé aujourd'hui: l'endoscopie urétrale, qui peut résoudre le problème.

Il y a des signes particuliers aux prostatites chroniques que décèlera l'urétroscopie, et c'est là la notion nouvelle que nous désirerions modestement apporter ici. Le diagnostic établi et la prostatite séparée de l'adénome et du cancer, nous verrons, au cours de cette étude, que l'urétroscopie nous donnera encore de larges possibilités thérapeutiques.

Le traitement si important dans cette affection, banale souvent par les symptômes, mais lourde de conséquences pour le malade qui la subit, ne doit plus être un traitement aveugle. L'urétroscopie postérieure nous y aidera.

A la clinique urologique de l'hôpital Necker, il nous a été donné d'examiner et de traiter cinquante cinq cas de prostatites chroniques. A notre statistique personnelle, nous pouvons joindre l'étude endoscopique de deux cents cas faits dans le service par le D^r FLANDRIN, Chef de clinique, dont nous avons personnellement suivi les examens.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur LEGUEU de nous avoir, avec tant de bienveillance, accueilli dans son service. Nous lui sommes redevables de tout ce que nous avons appris en urologie. Nous nous appliquerons dans notre pays, où la science française prend de plus en plus la place à laquelle elle a droit, à nous inspirer de l'enseignement inoubliable du maître de l'urologie française et de tous les chefs de service des hôpitaux qui nous ont guidés et instruits durant nos études.

Dans un premier chapitre, nous passerons brièvement en revue l'étude étiologique et clinique des prostatites chroniques.

Le deuxième chapitre sera consacré à l'étude urétroscopique.

Le dernier chapitre, au traitement tels que nous pouvons le concevoir aujourd'hui.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDES CLINIQUES DES PROSTATITES CHRONIQUES

I. — Étiologie et fréquence

La prostatite chronique est surtout fréquente pendant la période d'activité sexuelle, *mais elle n'est pas exceptionnelle au déclin de la vie.*

Dans la presque totalité des cas, elle succède à une urétrite blennorragique compliquée et prolongée.

FRANK dans 210 cas d'urétrite postérieure a trouvé la glande prise dans une proportion de 100 pour 100.

NOTTHAFT a trouvé, sur 1.530 cas, 46 pour 100 dans les cinq premiers mois de la blennorragie ; 68 pour 100 dans les douze premiers mois et 72 au delà d'un an.

De même, d'après MONTAGNON, les urétrites postérieures s'accompagnent de la prostatite dans 70 pour 100.

Pour SEGOND, la proportion serait de 40 pour 100 seulement.

Par contre, GUYON, FINGER et NEISSER, admettent

que presque toutes les urétrites chroniques se compliquent de prostatite.

D'après HOGGE, la caractéristique de l'urétrite postérieure c'est de ne pas être une urétrite, mais une uréthro prostatite chronique.

Enfin, pour LE FUR, cette complication surviendrait dans 50 pour 100 des cas au cours de la blennorragie.

Nous avons eu l'occasion, nous-même, d'étudier à la clinique d'urologie de Necker 55 malades atteints de prostatite chronique et parmi lesquels 51 présentaient des antécédents blennorragiques, et 4 d'entre eux seulement n'accusaient aucun antécédent vénérien.

Souvent l'affection succède à une prostatite aiguë, mais la prostatite chronique peut se développer d'emblée et devient à son tour la cause de la persistance des urétrites.

En dehors de la blennorragie, la prostatite chronique peut survenir également chez les rétrécis et les prostatiques condamnés aux sondages répétés. En effet, le rétrécissement de l'urètre joue un rôle important dans la production et dans l'entretien de la prostatite chronique. La prostatite des rétrécis avait été signalée par quelques auteurs et en particulier ALBARRAN, mais c'est surtout LE FUR qui, le premier, fit paraître un travail d'ensemble sur la question, en même temps qu'il inspirait la thèse de LECOMTE en 1902. Dans un premier groupe composé de 46 malades atteints de prostatite chronique,

il trouve 32 fois du rétrécissement. Dans un second groupe composé de 59 malades, il trouve le rétrécissement d'une façon constante. D'après lui, les variétés de rétrécissements qu'on observe le plus souvent associés à la prostatite sont les rétrécissement de l'urètre antérieur ordinairement d'origine blennorragique.

Dans notre statistique personnelle, nous n'avons pas relevé un pourcentage aussi élevé. D'ailleurs les séquelles graves de la blennorragie ont diminué sensiblement depuis la vulgarisation de la méthode de JANET.

Les causes d'origines congestives, telles que l'équitation, le cyclisme, l'excès de coït, etc..., incriminées par certains auteurs, ne peuvent pas à elles seules déterminer une infection chronique de la prostate ; elles ne peuvent en être que des causes adjuvantes.

Mais il est bien établi aujourd'hui qu'en dehors de la blennorragie, qui constitue le facteur primordial, il existe un certain nombre de prostatites consécutives à des infections générales ou intestinales.

Ces prostatites, appelées *métastatiques* ou *hémato-gènes*, ont été fréquemment observées au cours ou dans la convalescence de la *grippe*, des *angines diverses*, de la *furonculose*, et surtout à la suite des affections gastro-intestinales prolongées, depuis la constipation opiniâtre et les hémorroïdes jusqu'à la rectite et à l'entérite.

HOGGE rapporté 9 observations sur des sujets n'ayant jamais eu de la blennorragie et n'ayant pas

coûté depuis un laps de temps variant de 8 jours à 3 mois et même davantage.

WILDBOLZ signale :

14 cas après la grippe,

12 cas après les gastro-entérites,

2 fois après l'angine,

1 fois après la furonculose.

A l'examen bactériologique de 20 cas, il a trouvé :

12 fois staphylo seul,

5 fois staph. + coli.

2 fois coli seul,

1 fois strepto seul.

D'après lui, ces prostatites présentent le même tableau clinique que les prostatites d'origine urétrale ; le seul caractère distinctif c'est que dans les formes blennoragiques les urines contiennent toujours du pus et des filaments, alors que dans les formes métastatiques, malgré les signes rectaux positifs, les urines sont claires au début et ne deviendraient troubles que dans la suite.

Dans 10 cas l'examen bactériologique n'a rien montré.

Mais de beaucoup les plus importantes sont les prostatites d'origine intestinale.

En effet, l'état de l'intestin paraît jouer un rôle considérable dans la genèse des prostatites. De plus en plus se relève la présence des prostatites à colibacilles ou à entérocoques chez des malades atteints de gastro-entérites chroniques et indemnes de tout passé vénérien. Ces prostatites d'origine intestinale

ont été étudiées surtout par BOULOUIMIE, HOGGE, NOGUES, HEITZ-BOYER et LE FUR.

De l'intestin l'infection passerait à la prostate par deux voies : *l'une directe*, par contiguité ou par les vaisseaux lymphatiques, au cours de l'affection du rectum et de l'anus ; LE FUR l'appelle « court-circuit » ; l'autre forme un long détour ; elle passe dans le sang pour gagner successivement le rein, la vessie et la prostate. Cette dernière catégorie de faits est plus fréquente.

BACTÉRIOLOGIE. — La bactériologie des prostates chroniques a suscité de nombreuses controverses. Parfois, on ne trouve aucun germe dans les frottis de la sécrétion prostatiques et on a conclu à des inflammations aseptiques (LE FUR).

Bien qu'au point de vue pratique, cette conception corresponde à des cas assez nombreux, elle n'est pas admise par tous les auteurs. JUNGUNO, notamment, par une technique spéciale, a pu mettre en évidence des microbes anaréobies dans toutes les prostatites dites aseptiques.

YOUNG conclue dans le même sens. D'après lui, 40 pour 100 des frottis de sécrétion prostatique contiennent des microbes alors que la culture est positive dans une proportion de 70 pour 100. Il conclut que les examens négatifs sont dûs à l'insuffisance des techniques ou à la rareté des germes qui peuvent être cachés dans le stroma glandulaire ou enfermés dans des conduits oblitérés.

Quoi qu'il en soit dans la prostatite chronique

septique, on rencontre toutes les variétés microbiennes qui existent dans les urétites chroniques. Le gonocoque est celui qui intervient le plus rarement. Il s'efface généralement devant les autres microbes qui lui sont associés le plus souvent et, en particulier, devant le staphylocoque qui est l'agent le plus ordinaire. Ce dernier se rencontre, non seulement dans les inflammations d'origine gonococciques, mais aussi dans toutes les variétés d'origine métastatique. Après le staphylocoque vient le colibacille, et plus rarement le streptocoque, l'entérocoque, etc.

Parmi les anaérobies, le *bacillus perferingens* paraît jouer un rôle de premier plan.

II. — Symptômes

La symptomatologie des prostatites chroniques est très variable et son polymorphisme peut induire en erreur quand on est trop pénétré des descriptions classiques.

Souvent, elle ne se relèvera par aucun symptôme urinaire ; par ailleurs, elle sera complètement masquée par des signes de l'urétrite. Parfois, elle se cachera sous les dehors d'une neurasthénie spontanée en apparence.

Les symptômes les plus souvent rencontrés sont :

A) SIGNES FONCTIONNELS :

1^o *Sensations douloureuses locales et irradiées.* — Parfois les douleurs spontanées sont peu marquées ; sensation de pesanteur assez vague, imprécise mais volontiers tenace.

Par ailleurs, elles seront, au contraire, très prononcées, pouvant même présenter des paroxysmes parfois très aigus.

Ces douleurs sont localisées au périnée, au rectum

ou dans le canal et sont comparées à une brûlure intérieure, située très profondément. Elles irradient aux bourses, remontent le long du cordon jusque dans la région lombaire, aux régions sous-lombaires (CATHELIN et YOUNG), sacro-coccygiennes, dans les fesses, les cuisses, les jambes et même les talons.

Parfois, certains mouvements sont pénibles et réveillent la sensibilité. Quelques-uns prennent des précautions pour s'asseoir et se lèvent doucement. Ils éprouvent, par contre, un soulagement dans la position horizontale.

Ces sensations s'éteignent temporairement pour réapparaître au cours d'une poussée congestive occasionnée par la fatigue, un mauvais état intestinal, un excès de coït ou d'alcool. Ces poussées congestives sont fréquentes.

2^o *Troubles mictionnels.* — Ils sont en général légers et quand ils sont très prononcés ils relèvent d'une cystite associée.

Le plus constant est l'envie fréquente d'uriner, en même temps qu'impérieuse. Cette pollakiurie est une pollakiurie diurne.

Parfois, il existe un retard dans l'apparition du jet, ou un simple affaiblissement. La miction peut être douloureuse pendant toute sa durée, soit seulement à la fin. Par ailleurs, on a noté un léger degré d'incontinence. Celle-ci est volontiers intermittente, survient à la suite d'un excès et disparaît après quelques jours. C'est surtout la fin de la miction qui est troublée. Les malades croient avoir fini d'uriner et ne

peuvent arrêter l'écoulement de quelques gouttes d'urine retardataire.

3° *Troubles génitaux.* — Ils se présentent sous deux aspects cliniques bien différents :

a) Perte des désirs sexuels, érections de plus en plus rares, souvent incomplètes, éjaculations retardées, insipides, et l'*impuissance est presque complète.*

b) Eréthisme génital avec érections fréquentes, rapides, trop brèves, éjaculations prématurées au simple contact des parties génitales de la femme, avant même toute intromission.

C'est de l'*impuissance relative*, car le besoin persiste et l'érection existe.

L'éjaculation peut même survenir en dehors de toute tentative de coït, souvent pendant la nuit avec ou sans rêves érotiques. Elle est parfois douloureuse et l'hémospèrmie n'est pas rare.

Ces troubles génitaux qui peuvent, par ailleurs, se rencontrer dans de nombreux cas pathologiques : névroses, maladies de la nutrition, tabes, paralysie générale, sclérose en plaques, sont souvent la conséquence d'une prostatite chronique avec des lésions parfois les plus minimes que nous avons pu reconnaître grâce à l'endoscopie urétrale.

4° *Troubles nerveux et la neurasthénie.* — Tous les auteurs ont noté l'état de la neurasthénie et d'hypochondrie où sont fréquemment plongés les malades atteints de la prostatite chronique.

Certains auteurs même, frappés de la relation si

commune entre la neurasthénie et la prostatite chronique (90 pour 100, d'après DROBUY), se sont demandés si la prostatite n'est pas facteur de neurasthénie.

D'autres ont attribué la neurasthénie aux lésions du verumontanum (FRANK et WOSSILDO).

Quoi qu'il en soit, la neurasthénie joue un rôle capital dans l'histoire de ces malades.

Beaucoup finissent par être les victimes permanentes des idées les plus noires ; ils ne pensent qu'à leur goutte ou à leur prétendue spermatorrhée. Ils croient leur rôle génital terminé, se considèrent impropres au mariage et à la fécondation, hantés à tout instant par la crainte d'être contagieux. Certains d'entre eux maigrissent, présentent des troubles dyspeptiques, se plaignent, de faiblesse générale, d'inaptitude au travail, et deviennent finalement de grands neurasthéniques (ROCHET).

B. SIGNES PHYSIQUES :

1^o *Goutte matinale et écoulement persistant.* — Le plus souvent l'imagination du malade est frappée par l'apparition d'une *goutte matinale* qui vient perler au méat à la suite des pressions répétées sur le gland. Ou bien il existe un *suintement urétral*, plus ou moins permanent, survenant dans l'intervalle des mictions et qui est en rapport avec l'urétrite chronique postérieure. Mais le symptôme qui éveille plus particulièrement l'attention du malade, est l'écoulement du

liquide prostatique qui se produit à la fin de la miction, pendant un effort de défécation, prenant parfois la forme d'une éjaculation spontanée et minime.

Cette *prostatorrhée* est faite d'un liquide dense et alcalin, alors que le liquide prostatique normal est acide. L'écoulement laisse sur le linge des taches jaunâtres ou grisâtres, à bord irrégulier. Il s'accompagne le plus souvent d'une sensation de chatouillement dans le canal, parfois suivie de dépression et de fatigue.

Le malade attribue cet écoulement à des pertes séminales, et c'est, en général, avec ce diagnostic qu'il vient consulter.

Au microscope, on y trouve tous les éléments de sécrétion prostatique, mais les deux éléments qui caractérisent surtout cet écoulement sont les leucocytes et d'abondantes cellules épithéliales. Il peut y avoir quelques spermatozoïdes et rarement des microbes.

2° *Le toucher rectal.* — Le toucher rectal fournit des renseignements des plus importants. Il nous permettra de reconnaître les modifications de volume, de forme, de consistance et de sensibilité de la glande.

A l'état normal, la prostate se présente aux doigts sous la forme de deux lobes ovoïdes dirigés de haut en bas et de dehors en dedans, laissant entre eux une dépression angulaire à pointe inférieure. La surface est lisse, régulière, et la consistance élastique, ferme, sans aucune dureté. Les contours sont bien délimités et se séparent des bords du bassin par une

gouttière dans laquelle on peut insinuer le bout du doigt. En poussant les doigts plus en avant, on peut atteindre la base de la glande, qui est transversale, lisse et régulière. On pourra également se rendre compte de l'état des vésicules séminales qui, de la base de la prostate, se dirigent en haut et en dehors. La glande n'est pas sensible à la pression.

Dans la *prostatite chronique*, tous ces caractères peuvent être plus ou moins modifiés. Ces modifications peuvent porter sur :

a) *Le volume*, en général augmenté, soit en totalité soit plus fréquemment au niveau d'un des lobes qui bombe plus ou moins dans la cavité rectale ; mais les petites prostates ne sont pas exceptionnelles au cours de la prostatite chronique.

b) *La consistance* : La glande malade peut être molle, dépressible sur toute sa surface ou seulement en certains points autour desquels une zone plus saillante et plus dure donne, suivant l'expression de GUYON, la sensation d'une étoffe souple, tendue sur un cadre rigide. Plus souvent, au contraire, on notera une dureté, moins prononcée que celle du noéplasme, généralisée sur la totalité de la glande, ou limitée à de petits noyaux irréguliers plus ou moins bosselés, disséminés dans toute la glande ou à la localisation unilobaire et particulièrement fréquents sur les bords latéraux.

Ces modifications de consistance sont plutôt unilobaires que généralisées.

c) *La limitation* : Les contours glandulaires peuvent

être conservés, mais parfois les bords de l'organe se confondent avec les tissus voisins, se perdant dans une gangue inflammatoire qui, dans le cas le plus avancé, peut aller d'une paroi du bassin à l'autre. Il est alors impossible de dire où la glande commence et où elle finit.

d) *La sensibilité* : Les modifications de la sensibilité sont capitales.

La douleur est *constante*, elle peut être réveillée dans toute l'étendue de la glande, mais surtout là où la consistance normale est modifiée et en des points déterminés correspondent aux noyaux. Cette douleur est souvent très vive. Elle s'irradie vers le gland et la vessie et s'accompagne alors d'une envie impérieuse d'uriner.

e) *La présence de corps étrangers* : Le toucher rectal permettra encore, comme nous l'avons observé chez deux malades, de reconnaître un volumineux calcul ou la présence de petits calculs contenus dans un lobe, donnant à la pression du doigt la sensation d'une fine crépitation.

Enfin, le *toucher rectal combiné au palper hypogastrique* pourra nous donner parfois des renseignements utiles sur l'augmentation totale du volume de l'organe. Il faut, pour cela, avoir préalablement vidé la vessie par miction ou par sonde. Toutefois ce mode d'exploration ne pourra donner de résultats que chez les individus maigres et à paroi abdominale facilement dépressible.

3° *L'examen des urines*. — Les urines des malades

atteints de prostatite chronique sont très variables et ne présentent pas des caractères bien définis.

La miction pratiquée dans un ou plusieurs verres nous permettra de constater parfois des urines claires, plus souvent des urines louches ou manifestement troubles contenant des filaments de formes très variées. Parmi ces filaments, les uns sont légers, longs, flottant dans l'urine. D'autres sont épais, lourds, tombant rapidement au fond du verre. Ou bien ils sont petits, incurvés comme des virgules (virgules de FURBRINGER). Par ailleurs, c'est une véritable poussière dont les grains, très petits, tourbillonnent dans toute la masse du liquide.

Mais ces divers éléments ne sont pas propres à l'inflammation des glandes prostatiques, ils peuvent provenir de toutes les glandes du canal.

Pour mieux reconnaître les caractères des sécrétions prostatiques et pour les différencier avec plus de certitude des sécrétions provenant des autres portions du canal urétral, on pourra procéder de la façon suivante (WOLBARST) :

a) On lave d'abord l'urètre antérieur et dans un *premier verre* on recueille le produit de ce lavage, qui montrera les sécrétions de cette portion de l'urètre.

b) On évacue l'urine vésicale par une sonde dans un *deuxième verre* et on examinera les sécrétions vésicales, s'il en existe.

c) Après avoir bien lavé la vessie à l'eau, on injecte dans sa cavité 100 grammes d'eau. On retire ensuite la sonde et on demande au malade d'uriner dans un

troisième verre une partie de l'eau injectée. Les filaments que contient ce liquide appartiendront à l'urètre postérieur.

d) Enfin, on pratique un massage de prostate et le malade urinera dans un *quatrième verre* le reste du liquide laissé dans la vessie qui entraînera les filaments prostatiques.

III. — Complications

L'évolution et les complications des prostatites chroniques font bien comprendre qu'un traitement rationnel et énergique s'impose au début de la maladie avant que des lésions plus graves se soient établies.

C'est tout d'abord la *persistance* de maintes urétrites et la *récidive* brutale d'une urétrite que l'on pouvait tenir pour guérie avec tout le cortège habituel des complications banales : vésiculites, épидидymites à rechute. Il y a aussi les *bactériuries* tenaces et les *cystites récidivantes*.

En dehors du *syndrome génital* de la maladie, que nous avons exposé plus haut, il faut craindre la *stérilité définitive* chez des individus indemnes de toute complication épидидymo-testiculaire et qui ont conservé une activité génitale en apparence normale.

L'examen du sperme met bien en évidence l'absence de spermatozoïdes vivants. Il s'agit vraisemblablement, dans ces cas complexes et qui ont une haute portée sociale, de lésions indéterminées des canaux éjaculateurs au niveau du verumontanum ou durant leur trajet prostatique.

Ces complications ne constituent pas un danger vital ; mais il en est d'autres qui présentent à ce point de vue un pronostic plus réservé.

L'anatomie pathologique nous apprend que dans certaines formes anatomiques de prostatite chronique, il existe dans un stroma fibreux plus ou moins dense, des cavités irrégulières remplies de pus ou logeant des calculs phosphatiques de dimensions très variables.

Il se constitue donc dans la loge périnéale supérieure, au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne et autour de l'urètre profond, une véritable périurétrite postérieure localisée qui rappelle par bien des points la périurétrite circonscrite de la loge périnéale inférieure. Comme, pour cette dernière, il faut craindre des poussées évolutives aiguës, aboutissant au phlegmon prostatique et périprostatique comme nous en avons observé plusieurs cas à la clinique urologique de l'hôpital Necker. De là, la suppuration peut diffuser dans la loge périnéale supérieure et donner lieu à ces formes phlegmoneuses diffuses, véritables « infiltrations d'urine » pelvienne et péri-vésicale décrites et mises au point par notre maître, M. le Professeur LEGUEU, dans un article du *Journal d'Urologie* (1).

Par ailleurs, la prostatite chronique banale peut « faire le lit » à une *tuberculose prostatique* dont on

(1) F. LEGUEU. Les péri-cystites phlegmoneuses diffuses. *Journal d'Urologie*, n° 2, février 1928.

né peut méconnaître le haut caractère de gravité.

Quant aux rapports étiologiques qui peuvent relier l'*adénome prostatique* à la prostatite chronique, il paraît bien admis aujourd'hui, contrairement aux affirmations de CIECHANOWSKY et aux opinions plus récemment exprimées de MARION et LE FUR, qu'il n'y a aucun lien pathogénique direct entre l'inflammation chronique acineuse ou périacineuse et l'adénome qui se développe sur les glandes sous urétrales. Des lésions d'ordre inflammatoire se voient souvent sur les prostates hypertrophiées. Cliniquement l'association est fréquemment constatée, elle a été vérifiée par nous-même à l'urétroscopie postérieure.

Anatomiquement les mêmes constatations ont été faites par MOTZ et GOLDSCHMIDT dans près de 80 pour 100 des cas. Pour ces auteurs, l'infection est secondaire et inconstante. C'est aussi l'avis de VERLIAC et PAPIN qui écrivent dans un article très documenté⁽¹⁾ que « les glandes prostatiques ne participent en rien à la formation des tumeurs bénignes périurétrales, seules les glandes sous urétrales en sont le point de départ » — et plus loin « des conditions anatomiques qui déclenchent la néoformation des glandes sous urétrales nous n'en connaissons qu'une, mais elle est primordiale, c'est l'intégrité relative de l'urètre postérieur. Toute lésion inflammatoire qui a

(1) Archives urologiques de l'hôpital Necker, t. II., F. IV. (Tumeurs bénignes uréthro-prostatiques).

usé profondément l'urètre postérieur et détruit les glandes sous-urétrales supprime les éléments aux dépens desquels pourraient se constituer les tumeurs bénignes uréthro-prostatiques ».

CHAPITRE II

SIGNES URETROSCOPIQUES DES PROSTATITES CHRONIQUES

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les signes fonctionnels de la prostatite chronique se confondent en général avec ceux de l'urétrite postérieure et que le diagnostic clinique de la prostatite ne peut être établi, en réalité, que par le toucher rectal. Mais les renseignements, ainsi obtenus, sont dans la plupart des cas insuffisants.

— Chez les sujets gros, à périnée épais, il est très difficile de sentir la glande.

— Dans certaines formes sèches, on ne sent qu'une prostate un peu dure, le massage ne donne aucun résultat, et en absence de tout écoulement urétral, on reste bien indécis.

— Par ailleurs, l'infection peut être localisée aux glandes centrales, préti-urétrales ; dans ces cas, le résultat de l'exploration digitale sera complètement négatif, et le doigt ne perçoit qu'une prostate parfaitement normale.

D'autre part, certaines formes rares de prostatites ne se manifestent que par des signes généraux : fièvre continue et peu élevée, fatigue profonde, anorexie, altération souvent marquée de l'état général.

La prostatite des vieillards est, enfin, difficile à affirmer et, comme nous l'avons indiqué, le cancer ou l'adénome infecté peuvent simuler une infection banale de la glande prostatique.

Seul, l'examen urétroscopique peut, dans ces cas, mettre en évidence le degré et la nature des lésions et nous permettre de différencier très nettement les signes d'une prostatite chronique *simple* ou *compliquée* d'adénome, de verumontanite ou de cavernes glandulaires.

Examen urétroscopique

A. *Technique*. — Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur la description de la technique urétroscopique, ni sur les caractéristiques des différents appareils qui sont aujourd'hui couramment utilisés pour l'endoscopie urétrale ; ils ont été déjà amplement décrits dans de nombreuses publications, surtout à la clinique d'urologie de NECKER.

Nous voudrions insister davantage sur certains points de technique qui nous paraissent très importants et méritent d'être de plus en plus précisés.

a) *De l'instrumentation*. Il existe deux variétés d'urétroscope : l'urétroscope à vision directe et l'urétroscope à prisme ou à vision indirecte.

Pour l'exploration endoscopique de l'urètre, il faut se servir, autant que possible, de l'appareil à prisme qui permet d'examiner dans la même séance, non seulement le portion de l'urètre que l'on a toutes raisons de tenir pour malade, mais en même temps, tous les autres segments du canal urétral, car, comme nous l'avons signalé dans le chapitre précédent, l'urétrite antérieure et l'urétro-prostatite évoluent souvent de pair et peuvent se masquer mutuellement.

L'urétroscope prismatique présente encore, sur l'urétroscope à vision directe, de nombreux avantages, surtout pour l'examen de la prostate et du col vésical.

Il est muni d'un système d'irrigation continue, grâce auquel on peut remédier facilement à l'inconvénient des petites hémorragies qui, à cause de leur fréquence, peuvent à chaque instant obscurcir notre champ d'observation.

De même, en modifiant la pression de l'eau, on peut distendre à volonté les parois de l'urètre et se rendre compte de leur souplesse et de leur résistance.

Enfin, l'urétroscope à prisme possède un puissant grossissement et donne un champ plus clair ; il ne montre à la fois qu'une surface limitée de l'urètre et, de ce fait, il permet une étude plus précise du segment où siègent les principales lésions (plancher de l'urètre prostatique).

Parmi les appareils à prisme, nous avons utilisé, pour la plupart de nos examens, l'urétroscope de MAC CARTHY. Dans un nombre de cas plus restreint, nous nous sommes servis de l'urétrocystoscope de

HEITZ-BOYER et de cysto urétroscope de FLANDRIN qui présentent chacun des avantages particuliers.

b) *De la préparation des malades avant l'urétroscopie.* Avant de pratiquer un examen urétroscopique, il faut toujours s'assurer de l'état de l'urètre. On ne doit jamais faire une urétroscopie chez les malades atteints d'infection subaiguë de l'urètre. De même, dans les urétrites chroniques, quand la suppuration est abondante, il faudra attendre et désinfecter le canal encore trop irrité.

Dans tous les cas, il est prudent de faire précéder l'examen urétroscopique par quelques lavages uréthro-vésicaux à l'oxycyanure de mercure et autant que possible d'une vaccination.

Il est de toute évidence qu'il faut vérifier la perméabilité du canal avant l'introduction de tout instrument métallique. Si le méat n'est pas franchissable ou s'il existe un rétrécissement de l'urètre, il convient de faire, au préalable, une méatotomie ou quelques séances de dilatation, afin de rendre le canal souple et suffisamment calibré, et de se mettre, ainsi, à l'abri des hémorragies qui peuvent donner lieu à des accidents infectieux secondaires.

Dans la pratique, le malade est ainsi préparé, il est déjà très entraîné au contact des instruments métalliques par les dilatations préalables qu'il a subies ; de même l'infection se trouve toujours atténuée ou jugulée par le traitement préopératoire et on peut, sans aucune difficulté, pratiquer l'examen

urétroscopique et procéder à toutes les manœuvres qu'il nécessite.

B. RÉSULTATS. — A l'examen de l'urètre prostatique, toute notre attention doit se porter sur la paroi postérieure.

En effet, cette face, en raison de ses rapports anatomiques et des éléments importants qu'elle contient : verumontanum, canaux éjaculateurs, nombreux canaux excréteurs des glandes prostatiques est le siège où prédominent toutes les lésions et les modifications pathologiques que l'on peut constater au cours de la prostatite chronique.

Suivant la localisation et l'aspect des lésions, on peut observer trois ordres de signes bien différents :

1^o Signes traduisant l'atteinte de l'urètre postérieur avec ou sans verumontanite ;

2^o Signes de déformations pariétales de l'urètre prostatique ;

3^o Dilatations des orifices glandulaires.

1^o *Lésions d'urétrite postérieure.* — Comme nous l'avons déjà vu, la prostatite chronique et l'urétrite postérieure évoluent souvent de pair et, dans certains cas, les lésions d'urétrite chronique, surtout quand elles sont superficielles, peuvent masquer complètement les signes caractéristiques de la prostatite. Ce n'est qu'après le nettoyage de ces lésions qu'on voit apparaître des orifices dilatés et infectés confirmant le diagnostic de la prostatite jusque-là hésitant.

Les lésions d'urétrite postérieure se présentent,

suivant l'importance de leur évolution et le degré de leur extension, sous des aspects bien différents. En allant des lésions les plus simples aux lésions les plus complexes, on peut observer successivement :

a) *La congestion simple de la muqueuse.* Elle est généralement très étendue en surface et occupe de larges tranches de l'urètre postérieur. Elle se caractérise par l'exagération de calibre et le nombre de vaisseaux sous-épithéliaux.

Dans les cas plus accentués, on trouvera des ecchymoses sous-épithéliales.

b) *L'œdème diffus*, souvent associé à l'hypérémie de la muqueuse. Celle-ci est en général épaissie, *plissée* et *dépolie*.

c) A un degré plus avancé, on notera des lésions organisées :

L'œdème bulleux et les végétations.

L'œdème bulleux peut être à petites ou à grosses bulles. Cette dernière variété est la forme la plus commune. Ce sont de petits « grains de raisins » translucides, de couleur rose ou violette, qui siègent de préférence sur le versant urétral du col.

Les végétations. Elles sont le plus souvent irrégulières, rouges, d'apparence charnue, mais sans réseau vasculaire visible. Elles peuvent être *longues*, *pédiculées* à leur base ou *courtes* et *sessiles*.

Elles siègent habituellement au-dessus du verumontanum dans la fossette prostatique et dans les gouttières latérales. Elles sont friables et saignent

facilement. Fréquemment, ces différentes lésions sont plus ou moins associées.

Les ulcérations banales de l'urètre prostatique sont exceptionnelles et quand elles existent, elles sont alors voilées par des plaques d'exsudats purulents et adhérents. Elles siègent, le plus souvent, dans la fossette prostatique et sur le verumontanum.

Les séquelles cicatricielles. Elles ne sont pas exceptionnelles. Elles peuvent être étendues ou segmentaires.

Ces malades sont souvent des retentionnistes incomplets, sans adénome décelable à l'urétroscopie postérieure.

Il s'agit vraisemblablement d'une dysectasie cervicale, cicatricielle, au début de son évolution.

2^o *Signes de déformations pariétales de l'urètre prostatique.* — La prostate infectée peut se modifier dans son volume et donner lieu à des déformations dont l'ensemble constituera le « syndrome mécanique » des prostatites (FLANDRIN).

Ces déformations peuvent être partielles, unilatérales ou au contraire envahir l'urètre postérieur dans sa totalité.

Le bord supérieur du col est déformé, il est irrégulièrement angulaire.

Le bord inférieur est anormalement soulevé et œdématisé. Il est sillonné de grosses veines dilatées et saillantes.

La longueur de l'urètre prostatique est augmentée

et cette augmentation porte sur ses deux segments sus et sous-montaul.

Les gouttières latéro-prostatiques sont effacées et les parois latérales de la glande dessinent des lobes légèrement plus saillants en dedans qu'à l'état normal et occupent toute la hauteur de l'urètre prostatique. Le contour de ces « joues prostatiques » est souvent déformé par des lésions d'urétrites organisées, œdème et végétations.

Ces différentes déformations pariétales co-existent souvent avec la dilatation des orifices glandulaires.

3^o *Dilatation des orifices glandulaires.* — A l'état normal, les orifices prostatiques ne sont pas visibles à l'urétroscopie.

Par contre, dans l'infection glandulaire, ils apparaissent nettement et constituent alors le meilleur signe de la prostatite chronique.

Ils siègent dans la fossette prostatique et dans les gouttières latérales et se détachent en noir sur la muqueuse hyperhémée.

Si pendant, l'examen, on fait pratiquer un massage de la glande, on peut, parfois, voir sourdre des orifices quelques grumeaux purulents.

Assez souvent ces orifices sont lacunaires, béants, à contours réguliers ou irréguliers et généralement au centre d'une zone de sclérose, constituant ainsi de véritables diverticules prostatiques. Ce sont là, de petits abcès glandulaires ouverts dans l'urètre et laissant une cavité entretenant l'infection.

La constatation de ces lésions fistulisées pose l'indi-

cation d'une radiographie de l'urètre prostatique, d'une *urétrographie*, qui précisera le nombre et le trajet des diverticules et nous donnera des précisions utiles pour les déterminations thérapeutiques à prendre.

DE L'URÉTROGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DES PROSTATES CHRONIQUES

Technique. — La technique de l'urétrographie est aujourd'hui assez simple à réaliser.

Le liquide opaque le plus employé est le lipiodol tiédi ou non, ou le lipiodol *fluidifié* de GUERDET. Celui-ci est peut-être plus facile à injecter dans le canal urétral.

On utilisera la seringue de BONNEAU ou une seringue en verre à piston de 300 cc. TISSOT a réalisé un embout spécial qui s'adapte exactement sur le méat urétral et empêche le reflux du lipiodol hors de l'urètre.

Le malade est mis en decubitus dorsal, les jambes écartées. On commence à injecter, en contrôlant radioscopiquement la progression du liquide opaque dans le canal de l'urètre. Lorsque la colonne de lipiodol a forcé le sphincter et a pénétré dans la vessie, sans toucher à la seringue et en poussant lentement le piston, on tire un premier cliché ; puis, un deuxième, le malade étant placé en decubitus

latéral, une jambe étendue, l'autre fléchie et le bassin soutenu par un coussin.

On peut compléter l'épreuve par un troisième cliché, obtenu en retirant la seringue et son embout et après avoir recommandé au malade d'uriner. La vessie et l'urètre ne contiennent plus alors de lipiodol et seuls les diverticules restent visibles. Cette manœuvre permet d'identifier des diverticules postérieurs qui auraient pu être masqués par le fuseau opaque que dessine l'urètre postérieur.

Parmi ces diverticules, les uns sont postérieurs, d'autres médians, mais les variétés les plus fréquentes sont les diverticules postéro-latéraux.

De même, on a décrit des diverticules uniques ou multiples, des diverticules simples et peu profonds, dessinant de petites dépressions en « nid d'abeille » dans le tissu prostatique sous-jacent, et des diverticules complexes, à trajet tourmenté, pourvus de ramifications secondaires ou tertiaires, s'enfonçant loin dans la glande prostatique et dont l'orifice urétral est notablement en dehors des points les plus déclives.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT

Le traitement des prostatites chroniques ne saurait être univoque ; poser des indications de traitement nécessite avant tout une discrimination aussi précise que possible de formes cliniques si variables de la maladie.

Résumant toutes les notions que nous avons précédemment exposé dans notre travail, et nous appuyant en particulier sur le contrôle urétroscopique des prostatites chroniques, nous pouvons distinguer :

1^o Des *prostatites simples* sans lésions urétrales organisées ;

2^o Des *prostatites complexes* avec lésions urétrales ou lésions glandulaires profondes, fistulisées dans l'urètre postérieur ;

3^o Des *prostatites « chirurgicales »* où l'intervention sanglante devient une nécessité inéluctable.

1. — *Les formes simples, sans lésions urétrales*

organisées et sans diverticules, guériront par le traitement médical classique.

Les lavements chauds ou froids à garder, quotidiens ou biquotidiens ; les suppositoires calmants et désinfectants à base d'ichtyol ou à l'onguent mercuriel, peuvent être considérés comme les éléments de base de ce traitement aujourd'hui bien connu. L'expression de la glande en est le complément indispensable.

Ces massages pourront être faits une ou deux fois par semaine. Certains auteurs préfèrent des séries de six à huit massages, pratiqués tous les deux jours ; chaque série étant séparée de la précédente par un intervalle de quatre à six semaines. Quelle que soit la technique choisie, ceux-ci devront être prudents, peu appuyés et indolores.

Les antiseptiques urinaires *per os* et les instillations de nitrate d'argent à 1 ou 0gr. 50 pour 100 ne sont pas indispensables. Ces dernières sont souvent mal tolérées, douloureuses ; elles provoquent des poussées congestives heureusement passagères et sont souvent excessives et hors de proportion avec le degré généralement peu accentué de lésions urétrales purement congestives.

Le traitement des sténoses de l'urètre ne sera pas négligé ; des séances de dilatation méthodique seront poursuivies, avec toutes les précautions qu'elles comportent.

L'analyse microbiologique du liquide prostatique recueilli après l'expression de la glande donnera

d'utiles indications. La présence de colibacilles ou d'entérocoques en particulier, nécessitera une thérapeutique intestinale active : régime, traitement d'une constipation ou d'une entérite, vaccination *per os*, et même dans certains cas l'ablation d'une appendice malade.

L'échec de ce traitement de base, dans lequel il ne faudra pas s'attarder, est le meilleur argument en faveur de l'urétroscopie postérieure. Cette exploration nous montrera alors des lésions glandulaires, avec ou sans lésions urétrales organisées, qui sont la cause de l'échec, et qu'il est indispensable de cataloguer et de localiser aux différents segments de l'urètre profond.

2. *Les formes compliquées* sont justiciables d'un traitement direct, appliqué par les voies naturelles et sous le contrôle de la vue.

Les lésions urétrales que l'on cautérisait, il y a quelques années encore, à travers un tube urétroscopique au moyen de fins tampons imbibés de solutions antiseptiques concentrées, seront beaucoup plus facilement et complètement détruites en utilisant les courants de haute fréquence. Avec les urétroscopes à prisme et à irrigation continue, urétroscopes de Mac CARTHY, d'HEITZ-BOYER, de NOGUÈS, de CHEVASSU, et la sonde diathermique du Professeur LEGUEU, reliée à l'appareil de haute fréquence, on obtient de très bons résultats, pour peu que l'on soit familiarisé avec les manœuvres urétroscopiques.

Il n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes fixés de décrire en détails la technique de cette intervention ; ce serait faire double emploi avec les excellentes mises au point d'HEITZ-BOYER, de FLANDRIN, d'HENRY et de DOSSOT et PALAZZOLI. Certains points méritent cependant d'être précisés ici.

Les lésions urétrales organisées, bulles d'œdème, végétations, ulcérations, seront facilement détruites par des courants de haute tension et de faible intensité ; l'étincelage qui détruit en surface doit être préféré ici à l'électrocoagulation qui détruit trop en profondeur et escarifie les tuniques urétrales. Rappelons que la chute tardive des escarres peut provoquer de grandes hémorragies et des accidents d'infection locale ou généralisée.

Les lésions seront, autant que possible, détruites en *une seule séance*, sous anesthésie locale ou mieux encore sous épidurale. C'est là, une intervention longue et minutieuse qui demande de l'ordre et de la méthode. Mais elle nous semble plus logique et moins dangereuse que le traitement ambulatoire qui expose aux hémorragies et dont les séances, du fait de la négligence de certains malades, ne peuvent être renouvelées aussi souvent qu'il le faudrait. La sonde à demeure et partant l'hospitalisation du malade devient indispensable en cas de destruction en une seule séance, sauf dans les cas, assez rares, où les bulles d'œdème du col sont largement séparées les unes des autres par des intervalles importants de muqueuse peu atteinte.

Le traitement des diverticules prostatiques est plus délicat. Il est insuffisant d'introduire l'extrémité d'une sonde à diathermie et d'en étinceler le trajet à l'aveugle.

La complexité habituelle de ces fistules avec leurs diverticules secondaires rend des plus problématiques les résultats de cette technique en apparence assez simple à réaliser.

Les mêmes données anatomopathologiques expliquent l'échec habituel du lavage des fistules sous le contrôle de la vue qui peut être réalisé au moyen du dispositif urétroscopique de Gaume.

La seule technique à retenir est celle qui permet d'aboutir à la mise « à plat » du trajet fistuleux. Ici, l'électrocoagulation n'est pas à recommander ; il faut sectionner sans « escarrifier ». Les nouveaux courants de haute fréquence, à ondes entretenues, qui ont trouvé de si nombreuses utilisations en chirurgie sous l'impulsion de HEITZ-BOYER, se montrent à ce point de vue bien supérieurs à l'électrocoagulation. L'orifice urétral du diverticule sera débridé aussi largement que possible, le seuil abrasé, le trajet élargi et la cavité, ainsi mise à plat, doit communiquer avec l'urètre prostatique.

La destruction des lésions organisées et la mise à plat des diverticules suffisent dans l'extrême majorité des cas à assurer la guérison des malades, si ceux-ci ne négligent pas pendant les cinq ou six semaines qui suivent l'acte opératoire de se soumettre à une observation attentive et au traitement mé-

dical dont nous avons indiqué les principaux éléments au début de ce chapitre de thérapeutique.

Les échecs sont rares. Ils tiennent, pour une bonne part, à la négligence des patients, et aussi à certaines formes anatomiques complexes : diffusion des lésions infectieuses, suppurations miliaires disséminées et profondes, qui sont aussi inaccessibles à l'exploration qu'au traitement direct.

La reprise tardive ou brutale des signes fonctionnels et généraux, et quelquefois avec une acuité inaccoutumée, impose un traitement plus radical, *l'intervention sanglante*.

On peut intervenir par la voie hypogastrique, transvésicale, proposée par MARION ou par la voie périnéale dont LAVENANT après ALBARRAN s'est fait tout récemment le défenseur (Congrès d'urologie, 1932).

La voie transvésicale offre des difficultés et des dangers. Des difficultés, parce que le doigt du chirurgien ne trouvera pas le plan de clivage de l'adénomectomie. Il ne s'agit plus de l'énucléation d'une tumeur intraprostatique bien encapsulée, mais de l'extirpation subtotale d'une glande infectée, partiellement indurée, souvent scléreuse à la périphérie et adhérente. Des dangers, parce que le drainage se fait mal et que la stagnation de l'urine en milieu infecté peut être la cause d'accidents septiques locaux et généraux, susceptibles alors de compliquer singulièrement les suites opératoires.

La voie périnéale paraît plus séduisante. La péri-

néotomie amène directement et sans grande difficulté sur la face postérieure de la prostate. Les lobes infectés pourront être alors directement incisés et curettés et les cavités abcédées et fistulisées largement mises à plat. La fonction génitale, si l'on a bien soin de se tenir loin de la ligne médiane, n'est pas atteinte. Le shock opératoire et l'hémorragie sont minimes et un drainage correct peut être maintenu aussi longtemps qu'il sera nécessaire de le faire.

Si nous proposons personnellement la voie périnéale, nous reconnaissons cependant que dans le choix de la voie d'abord le tempérament et l'entraînement du chirurgien entrent largement en ligne de compte.

La voie transvésicale a pour nous deux indications majeures : l'existence d'un adénome compliquant une prostatite et la sclérose vésicale, avec la rétention complète ou incomplète, qui vient parfois compliquer une vieille prostatite et qui peut entrer dans le cadre de ces *dysectasies* du col auxquelles le Professeur LEGUEU et R. DOSSOT ont récemment apporté une importante contribution.

CONCLUSIONS

1^o La prostatite chronique est une affection des plus banales et des plus fréquentes. Elle complique souvent et à longue échéance une urétrite aiguë gonococcique. Mais à côté de ces prostatites post-gonococciques, il y a place pour des prostatites liées à une infection sanguine et le plus souvent d'origine intestinale.

La symptomatologie des prostatites chroniques est des plus variées : écoulement urétral récidivant, syndrome douloureux polymorphe, troubles névropathiques, déficit génital.

Il est souvent facile d'affirmer l'existence d'une prostatite chronique, surtout dans les prostatites dites « vénériennes ». Mais dans certains cas, et en particulier chez le vieillard, différencier une prostatite chronique d'un adénome infecté ou d'un cancer prostatique au début, constitue un problème délicat.

D'autre part, l'anatomie pathologique complexe des prostatites, lésions urétrales et lésions glandulaires, souvent associées dans des proportions variables, fait que le diagnostic doit être précisé. Seul, l'urétro-

copie postérieure pourra donner ces précisions si utiles, non seulement au point de vue diagnostic, mais encore au point de vue thérapeutique.

2^o Il existe, en effet, un syndrome urétroscopique des prostatites chroniques constitué par des déformations pariétales de l'urètre prostatique et des fistules glandulaires dont le diagnostic topographique nécessite, dans certains cas, un examen radiographique complémentaire de l'urètre postérieur, urétrographie.

3^o Il va de soi que le traitement des prostatites chroniques ne peut être entrepris, avec chance de succès, qu'après un inventaire urétroscopique.

Le traitement médical classique ne peut donner des résultats que dans les formes simples. Les formes complexes relèvent d'un traitement urétroscopique direct et de l'emploi de courants de haute fréquence appliqués sous le contrôle de la vue.

Enfin, certaines formes complexes et rebelles aux traitements médicaux et urétroscopiques, relèvent d'un traitement sanglant, prostatectomie transvésicale ou prostatotomie par voie périnéale.

Vu : Le Doyen
BALTHAZARD

Vu : Le Président de la thèse
Professeur LEGUEU

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Pour le Recteur
L'Inspecteur de l'Académie
J. PERRON

BIBLIOGRAPHIE

- BARBELLION P. — Massage de la prostate dans la guérison de la Blennorragie (*Journ. de médecine de Paris*, n° 11, mars 1933).
- La blennorragie. Spermoculture, vaccinothérapie, chimiothérapie (*Sciences et thérapeutiques*, n° 15, mars 1933).
- BERGIS (René). — Altérations chroniques de la prostate derrière les vieux rétrécissements (*Thèse Lyon*, 1913).
- CARMELS MALTESE LE ROY. — Les prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie (*Journal d'Urologie*, t. XXII, n° 4 et 5).
- CODET. — Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques rebelles au traitement médical (*Thèse Paris*, 1928).
- COURTADE. — Électrothérapie appliquée à l'urologie. — E. Le François, éditeur, 1921.
- DENOS et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires.
- DOMINGEZ. — Étude du traitement des prostatato-vésiculites gonococciques (*Thèse Paris*, 1931-1932).
- DOSSOT et PALAZZOLI. — Les urétrites chroniques, diagnostic et traitement.
- DUPUY. — Contribution à l'étude des veru-montanites (*Thèse Paris*, 1925).
- FINGER. — La blennorragie et ses complications.
- FLANDRIN. — Traitement endoscopique de l'urètre postérieur (*Arch. urol. de Necker*, t. V.)
- La forme pseudo-adénomateuse des prostatites chroniques (*Marseille-Médical*, n° 7, mars 1928).
- Urologie, 1927.

- GAILLARD. — De la prostatite chronique (*Thèse Montpellier*, 1902).
- GAUTHIER. — Traitement endoscopique de l'urétrite chronique.
- GAYET. — Prostatite chronique à colibacille (*Lyon Médical*, 27 janvier 1927).
- GOLBERG. — Prostatite grippale métastatique (*Zeit. f. urol.*, t. XIV, fasc. 9, 1920).
- HEITZ-BOYER. — Traitement des lésions de l'urétrite chronique par l'étincelage (*Bull. soc. Fr. d'Urol.*, 1920).
- Syndrome entéro-rénal et lésions de l'urètre postérieur et du col vésical (*Congrès Tr. d'Urol.*, 1923).
- HOGGE. — Fréquence, évolution, pathogénie, pronostic et traitement des prostatites subaiguës et chroniques non blennorragiques et non tuberculeux (*Liège médical*, janvier, 1933).
- JANET. — Hypertrophie prostatique et prostatite hypertrophiante (A. F. U. 1909).
- Diagnostic et traitement de la blennorragie (1929) (Masson, Éditeur, Paris).
- Prostatite d'origine intestinale (A. F. U. 1902).
- LECOMTE. — Étude des prostatites chroniques. Prostatites latentes (*Thèse Paris*, 1902).
- LEDOUX-LEBARD, PETETIN et GARCIA CALDERON. — Exploration radiologique de l'urètre masculin (Urétrographie) — (*Journ. de radiol. et électrol.*, t. XV, 1931).
- LE FUR. — De la diathermie en urologie (*Congr. fr. d'Urol.*, 1924).
- Prostatite chronique simulant l'hypertrophie prostatique (A. F. U., 1903, 1904, 1909).
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie (1924).
- Les péri-cystites phlégmoneuses diffuses (*Journ. d'Urol.*, t. XXV, n° 2, février 1928).
- LUYS. — Traité des maladies de la prostate.
- Traité de la blennorragie et ses complications.
- MARION. — Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques (A. F. U., 1913), *Journal d'Urologie*, 1924, t. XI, n° 5-6).
- Traité d'Urologie, (1928).

- MARSAN. — Les lésions de l'urètre post. dans la neurasthénie urinaire (*Arch. urol. de Necker*, t. I, fasc. II, 1913).
- MOCK (Jack). — Traitement opératoire des prostatites chroniques (*Bulletin et Mém. de la Société de Médecine de Paris*, n° 17, 1927).
- NOGUES et PAPIN. — Encyclopédie française d'Urologie, t. V.
- CECONOMOS. — L'infection colibacillaire de l'appareil urinaire (1931).
- ORAISON. — Encyclopédie française d'Urologie, t. VI.
- De la difficulté du diagnostic entre le cancer de la prostate et certaines formes de la prostatite chronique (A. F. U.).
- PAPIN. — Exploration et traitement des lésions de l'urètre postérieur et du col vésical avec l'appareil de Mac-Carthy (*Arch. urol. de Necker*, t. III).
- PERRIN (Jean). — Prostatites chroniques méconnues (*Journ. d'urol.*, t. XXIII, n° 1, janvier 1927).
- RATHBUN. — Neurasthénie génitale (*The Amer. Journ. of Urol.*, vol VIII, n° 4, avril 1912).
- ROCHET. — Clinique et thérapeutique urinaire.
- SCHEUER (Oskar). — Constatations urétroscopiques en cas de spermatorrhée et de prostatorrhée (*Med. Klinik*, n° 45, 5 nov. 1911, p. 1732.)
- WILLIAM H. VON LACKUM. — Clinical and Experimental Data on prostatic infection (*The Journ. of Urol.*, vol. XVIII, n° 3, sept. 1927).
- YOUNG. — Practice of Urology.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 16-6-1933.
